Ueber einen Fall

von

Hepatitis syphilitica.

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

vorgelegt

der hohen medicinischen Facultät der Universität Würzburg

von

Carl Raab

aus Zweibrücken.

Würzburg.

Buchdruckerei Würzburger Telegraph.

1881.

Ueber einen Fall

von

Hepatitis syphilitica.

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

vorgelegt

der hohen medicinischen Facultät der Universität Würzburg

von

Carl Raab

aus Zweibrücken.

Würzburg.

Buchdruckerei Würzburger Telegraph.

1881.

Referent: Herr Geh. Hofrath Professor Dr. Gerhardt.

Dem Andenken

seines lieben unvergesslichen Freundes

Armin Diruf,

cand. med.

gewidmet

vom

Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549807_0188

Seitdem am Ende des fünfzehnten Jahrhunderts die Syphilis in Europa in ganz furchtbarer Weise losgebrochen war, ist dieselbe trotz ihrer umfangreichen Literatur bis zum heutigen Tage zwar noch in vielen Punkten ein Streitobject zahlreicher Autoren geblieben, doch haben in den letzten zwanzig Jahren gerade die Untersuchungen über die constitutionellen Syphilisformen bedeutende Fortschritte erzielt. In dieser Richtung ist Virchow's Arbeit „Ueber die Natur der constitutionell-syphilitischen Affectionen“*) für die pathologische Anatomie der Syphilis epochemachend geworden. Darin spricht er die vollständige Uebereinstimmung des indurirten Schankers mit den Gummibildungen aus. Durch die Behandlung der Ricord'schen Lehre über die verschiedenen Perioden der Syphilis auf pathologisch-anatomischem Boden wurde von ihm ganz evident bewiesen, dass die klinischen, secundären und tertiären Stadien der Syphilis „anatomisch“ durchaus nicht getrennt seien, dass syphilitische Erkrankungen der inneren Organe von ganz gleichem Charakter „klinisch“ bald der secundären, bald der tertiären Periode zugerechnet

*) Archiv Bd. XV. S. 217 ff. 1859.

würden, so dass überhaupt die anatomische Untersuchung nur mehr oder minder schwere Localerkrankungen kennen lehrt, welche in den verschiedensten Arten das klinische Bild eines secundär oder tertiär syphilitisch Erkrankten abgibt.

Wenn uns auch heute bei der Untersuchung über die Visceral-Syphilis vom klinischen Bilde manche erwünschte Erscheinungen mangeln, so haben wir doch in der pathologischen Anatomie jene Affectionen, welche die Syphilis in dem Gehirne, in der Lunge und vor allem in der Leber hervorbringt, genau kennen gelernt.

Die constitutionelle Syphilis unterhält im Organismus eine aktive Hyperämie, Entzündung und entzündliche Neubildung.*) Während in den ersten Stadien der Krankheit nur die äussere Haut und Schleimhaut diesen Veränderungen unterliegen, vorzugsweise die Haut der Genitalien und des Anus, in Form des indurirten Schankers, der breiten Condylome, der grössern Gummata, sind es in den spätern Stadien die tiefergelegenen Organe, die ergriffen werden; hier das Periost, Knochen- und Nervensystem und mit ihnen combinirt der Hoden und dessen Häute, oder die dura mater und weichen Hirnhäute oder die Schleimhaut des Mundes, der Zunge, des Rachens, des Magens, des Dünn- und Dickdarms oder die des Larynx, der Trachea und der Bronchien oder schliesslich die Milz, das Pankreas, die Lungen, das Herz, das Gehirn, die Nieren und die Leber.

In der tertiären Periode bringt die Syphilis in allen Organen charakteristische Veränderungen hervor durch Bildung embryonalen Gewebes, das bald localisirt bleibt,

---

*) Rindfleisch, Lehrbuch der pathologischen Anatomie.

bald die Organe diffus infiltrirt. Sie schreitet dann entweder längs der Arterien fort wie bei der gummösen Hirnsyphilis oder auf den Lymphbahnen wie bei der Lebersyphilis und bewirkt eine interstitielle Sclerose.

Lange Zeit hat man diese beiden Formen scharf von einander getrennt. Namentlich für die Lebersyphilis hat sich ein lebhafter Streit entsponnen, indem die meisten Autoren nur den specifischen Charakter der gummösen Lebersyphilis zugaben.*)

Die Lebersyphilis wie überhaupt die Eingeweidesyphilis gehört schon zu jenen tiefgreifenden Störungen der späteren Krankheitsperiode, die man in der klinischen Sprache als „tertiäre Syphilis" bezeichnet. Die pathologisch anatomischen Befunde lassen zwei Hauptmomente unterscheiden, die jede für sich allein und auch schon combinirt beobachtet wurden. Es ist dies: die indurirte Hyperplasie einerseits und die Gummatabildung andrerseits.

Rindfleisch unterscheidet eine dritte Form, die hepatitis syphilitica hereditaria, die bei Neugeborenen vorkommt, die von einer syphilitischen Mutter abstammen. Mag dieselbe auch noch so verschiedene Bilder und Erscheinungen für sich allein in Anspruch nehmen, so kommt sie doch in ihrem Wesen, in ihren histologisch-chemischen Eigenschaften den beiden andern Formen in Folge erworbener Syphilis vollständig gleich.

Betrachten wir zunächst die pathologischen Veränderungen an der Leber, wie sie uns die indurirte

---

*) Demange, Syphilis hepatique, Revue médicale de l'Est No. 16, Août 1879.

Hyperplasie vor Augen stellt, ohne noch darauf Rücksicht zu nehmen, wie und warum in einem vorliegenden Falle in Folge der Syphilis gerade die indurirte Hyperplasie oder die Bildung von Gummata oder beide Formen zugleich zu Stande gekommen sind. Auf diese Frage zurückzukommen, behalte ich mir in einem andern Theile meiner Arbeit vor. —

Der indurirten Hyperplasie der Leber geht die einfache indurirte Leberentzündung voraus. Sie hat ihren Entstehungsgrund in einer chronischen oder häufig wiederkehrenden aktiven Hyperämie der Leber. Dass auch das syphilitische Blut in der Leber eine Hyperämie unterhalten kann, wird kaum angezweifelt werden können; denn wie in allen Organen des Körpers kann es in Folge der Syphilis auch in der Leber zur Auswanderung embryonaler Zellen aus den vasis interlobularibus und zur Bildung ganzer Heerde von Keimgewebe kommen. Die bei der indurirten Hyperplasie entstehende irreparabele organische Veränderung, die in der Bildung von Narbengewebe in einer numerischen Hypertrophie oder Hyperplasie des intralobulären Bindegewebes besteht, lässt sich auf eine Auswanderung embryonaler Zellen und auf eine Bildung ganzer Heerde von Keimgewebe zurückführen, welche Processe jedoch längere Zeit hindurch fortgedauert haben müssen. Diese Umwandlung geschieht von der Mitte des Heerdes, also von der Peripherie eines Gefässes aus und geht progressive nach aussen zu weiter. Da nun aber während dieses Processes die zellige Infiltration fortschreitet, so muss sich immer wieder ein Keimgewebe bilden, das sich nach allen Richtungen hin zwischen die Narbe und das umliegende Leberparenchym einlagert.

Die nächsten schädlichen Folgen dieser pathologischen Vorgänge für das Leberparenchym sind nun zweierlei:

Erstens müssen, da das frisch gebildete Keimgewebe in die Substanz der benachbarten Acini vordringt, die Leberzellen in dem Verhältnisse schwinden als das Keimgewebe fortschreitet. Dadurch werden ganze Gruppen von Acini vollständig zerstört, so dass schliesslich eine Zeit kommt, wo an die Stelle des Leberparenchyms, soweit es von dem Processe in Mitleidenschaft gezogen war, nur das Bindegewebe und die Gefässe Platz genommen haben.

Zweitens macht sich bei der Umwandlung des Bindegewebes in Narbengewebe die narbige Retraktion geltend, die durch colossalen Zug das Parenchym der Leber zerstört. Dadurch nimmt die Leber in ihrem Umfange ab und die Oberfläche derselben geht in Schrumpfungen über und zwar ist auch hier wieder zunächst das Parenchym der Acini in Mitleidenschaft gezogen, da es der Retraktionsgewalt am wenigsten Widerstand zu bieten vermag.

Diese beiden Momente müssen jedoch combinirt sein, da sich die narbige Retraktion nicht eher geltend machen kann, als bis das Bindegewebe in das Parenchym der Acini hineingewuchert ist. Ist aber letzteres der Fall, so ist das Leberparenchym diesen beiden Zerstörungen zu gleicher Zeit ausgesetzt. Erhebliche Verdichtung, colossale Starrheit und Trockenheit der Substanz, Umlagerung jedes Acinus durch Bindegewebe sind deren nächste Begleiterscheinungen.

Im Beginn der indurirten syphilitischen Hyperplasie bilden sich also im Parenchym der Leber mehrere

Heerde von derbem, weisslichem Bindegewebe, welches in das benachbarte Parenchym hineinwuchert und durch kräftige Retraktion eine Lappung und Einziehung der Leberoberfläche zu Stande bringt.

Die zweite Hauptveränderung bei der Lebersyphilis ist die „Gummatabildung".

Bereits im Anfang meiner Arbeit erwähnte ich Virchow's neue Abhandlung „Ueber die Natur der constitutionell-syphilitischen Formen", worin die vollständige Uebereinstimmung des indurirten Schankers mit der Gummatabildung ausgesprochen ist. Der indurirte Grund des Schankergeschwürs zeigt dieselben Bindegewebswucherungen, denselben feinfettigen Zerfall der Elemente, dieselbe Verdichtung, welche die knotige Gummigeschwulst der inneren Theile erkennen lässt. Diese vollständige Uebereinstimmung soll sich nicht auf die Strukturverhältnisse des Schankers und des Gumma beziehen, sondern sie ist wegen der in denselben gemeinsam vorkommenden Elemente der Bindgewebswucherung und des fettigen Zerfalls ausgesprochen.

Das Syphilom, gumma syphiliticum, ist ein specifisches Product der Lues, insofern sich innerhalb des ausgewanderten Keimgewebes ein circumscripter, runder Knoten abgrenzt, der sich durch seine weiteren Veränderungen vom umgebenden Keimgewebe unterscheidet. Das den abgegrenzten Knoten umgebende Keimgewebe geht wie bei der indurirten Hyperplasie in faseriges Binde- und Narbengewebe über. Die ein- und grosskernigen Zellen des Knotens bilden ein anastomosirendes Zellenprodukt, dessen Grundsubstanz schleimig zerfällt. Bei dieser Metamorphose bleibt es nun nicht; sie stellt

blos das erste Stadium der nun folgenden Rückbildungen dar.

Bald treten Fetttröpfchen im Protoplasma der Zellen auf, wodurch die ganze Zelle mit Kern und Kernkörperchen zerstört wird. Man findet dann eine Menge sogenannter Körnchenkugeln in einer Flüssigkeit suspendirt. Dadurch erhält auch der von dem ebenerwähnten, neugebildeten Bindegewebe eingeschlossene Knoten eine elastisch weiche Consistenz, in welchem Rückbildungsstadium der Knoten als „Gumma syphiliticum, Syphilom, angesprochen wird. Nun unterliegen die Gummata mannigfachen Veränderungen.

Nach verschieden langem Bestande kann das Gumma bei zweckmässiger Behandlung wieder resorbirt werden; die Neubildung wird allmählig grau, fester, trocken und saftlos, zuerst meist nur im Centrum, dann auch in der Peripherie.

Häufig kommt es zur Ulceration und Höhlenbildung. Es entstehen dann an der Oberfläche der Haut oder Schleimhaut unregelmässige, buchtige Geschwüre von verschiedener Grösse mit unterminirten Rändern und kraterförmigen Vertiefungen. In parenchymatösen Organen, sowie bei der knotigen Jnfiltration flächenartiger Gewebe bilden sich Höhlen, welche in einer serösen oder schleimigen Flüssigkeit meist noch Reste einer käsigen Masse enthalten.

Endlich kann das Gumma eine neue Metamorphose durchmachen, nämlich die „käsige Entartung“, während das umliegende Bindegewebe indurirt. Wenn nämlich bei der fettigen Metamorphose die für das Zustandekommen des Zerfalls der Zellen nothwendige Flüssigkeit fehlt, so erfährt der Vorgang der Fettmetamor-

phose eine Modification, wobei die Zellen eintrocknen und zu kleinen Gebilden zusammenschrumpfen.*)

Im frischen Zustande zeigt das Gumma eine röthliche Farbe und bei einem Durchschnitte gibt es makroscopisch das Bild einer weichen, homogenen, mässig schleimigen Masse, aus der ein mehr oder minder heller Saft abfliesst. Dieses Gumma, dessen Grösse sehr verschieden sein kann, perl- bis mannsfaustgross, tritt entweder isolirt auf, oder es stellt eine diffuse Infiltration von der verschiedensten Ausdehnung dar, oder es treten in einer diffusen Infiltration knotige Massen auf, wie dies gerade bei der Leber so häufig der Fall ist. —

Die syphilitischen Affectionen der Leber finden sich am ausgeprägtesten:

1. Längs der Insertion des Ligam. suspens. Hepatis;
2. Längs der Pfortaderäste;
3. Auf der vorderen Leberfläche.

Man bemerkt hier Strahlennarben oder die ganze Leber ist durch eine einzige kolossale Schwiele ersetzt. Als prädisponirendes Moment für die oben angeführte Localisation der syphilitischen Affectionen der Leber dürfte der Umstand gelten, dass die beiden ersten Lebertheile einem wenn auch mässigen, so doch constant wirkenden Zuge durch das Auf- und Absteigen des Diaphragma beim Athmungsgeschäft ausgesetzt sind.**) Ebenso halte ich auch die vordere Leberfläche in Folge des beständigen Hin- und Hergleitens an dem Bauchfell der Bauchdecken für prädisponirt zu diesen syphilitischen Affectionen. Gelblich weisse, käsige,

*) Rindfleisch, allgemeine Pathologie.

**) Rindfleisch, Lehrbuch der allgemeinen Pathologie.

Gummataknoten von verschiedener Grösse und verschiedenem Alter treten hier häufig in und neben dem Narbengewebe auf. Die Grundsubstanz des Knotens ist entweder aufgequollen, weich und gibt mit Essigsäure Mucinfällung oder sie ist sclerotisch dicht ohne Schleimreaction. Seltener finden sich die syphilitischen Affectionen in verbreiteten, zahlreichen durch das Parenchym sich ziehenden, kleineren Heerden, wo die Gummataknötchen auch in einer Geschwulst durch derbes Bindegewebe vereinigt vorkommen können. Das Bindegewebe bildet gewissermassen eine an verschiedenen Stellen verdickte Schale, welche Verdickungen als Ausläufer in das benachbarte Parenchym angesehen werden können, während im Innern die vereinigten Knötchen als der Kern eingelagert sind. —

Obwohl die Lebersyphilis im Verhältniss zur grossen Verbreitung der Syphilis doch selten vorkommt, so ist sie doch unter den syphilitischen Affectionen der Eingeweide eine der häufigeren. Selbst bei der hereditären Syphilis gehört die Leber zu den meist befallenen Organen.

Die durch acquirirte Syphilis entstandene Hepatitis tritt gewöhnlich erst später auf und man findet dann entweder gleichzeitig mit ihr anderweitig bestehende oder bereits abgelaufene syphilitische Processe. Einige Autoren beschreiben Fälle von Hepatis syphilitica in früherer Zeit der Syphilis. Wenn diese Fälle seltener zur Beobachtung kommen, so kann dies darin seinen Grund haben, dass die Lebersyphilis, wenn sie auf kleinere Stellen der Leber beschränkt ist, oft symptomlos verläuft, oder dieselben häufig so unbedeutend sind, dass die Entstehung der Narben sich der Beobachtung

entzieht und man sie bei der Obduction erst findet, ohne solche vorher diagnosticirt zu haben.

Welche Erscheinungen die Lebersyphilis macht, hängt hauptsächlich von dem Sitze und der Ausbreitung der anatomischen Veränderungen ab, wesshalb die einzelnen Fälle sowohl hinsichtlich der Symptome als auch ihres Verlaufs gewisse Mannigfaltigkeiten darbieten. So sehr man sich auch bemüht hat, möglichst viele getrennte Formen der Lebersyphilis aufzustellen, so gelingt es doch kaum, jedweden Fall unter die eine oder andere aufgestellte Form zu rubriciren und einem hienach bestimmten Bilde genau anzupassen. Desswegen mag es wohl am zweckmässigsten erscheinen, im Allgemeinen die pathologisch-anatomische Eintheilung auch bei der klinischen Behandlung beizubehalten und demnach:

1. eine diffuse syphiltische Hepatitis mit dem Ausgange in Induration;

2. eine circumscripte, gummöse Hepatitis (gelappte Leber) zu unterscheiden.

Im Grunde genommen repräsentiren jedoch alle Fälle von Lebersyphilis nach dem heutigen Stande der Wissenschaft nur einen Prozess, dessen verschiedene Altersstufen und dessen bald heerdweises, bald diffuses Auftreten zu berücksichtigen ist, wenn man einen vorliegenden zu beobachtenden Fall der einen oder der andern der beiden aufgestellten Formen unterstellen will.

Diesen beiden Formen, die sowohl einzeln als zusammen beobachtet wurden, reiht sich in vielen Fällen noch die Perihepatitis syphilitica und die wachsartige, amyloide oder speckige Degeneration der Leber an. Die

diffuse Lebersyphilis hat man bis jetzt am häufigsten als Begleiterscheinung der congenitalen Lues bei todtgeborenen Kindern oder solchen, die in Folge derselben kurze Zeit nach der Geburt starben, zu beobachten Gelegenheit gehabt, während bei Erwachsenen diese Form als die seltenere erscheint.

Die circumscripte, syphilitische Hepatitis ist neben der gelappten Leber (das Endstadium dieser Form) die häufigere Art der Lebersyphilis.

In beiden Formen ist das Volumen der Leber selten normal, vielmehr vergrössert oder verkleinert. In Fällen von angeborener Lebersyphilis ist die Leber nach allen Richtungen hin vergrössert.

Man palpirt einen glatten, harten Tumor, dessen scharfer Rand deutlich am Nabel oder noch weiter unten zu fühlen ist.

Bei acquirirter Syphilis lassen sich öfter auf der Oberfläche des Organs deutliche Höcker von mannigfaltiger Grösse durch die Bauchdecken durchfühlen, die glatt und hart erscheinen, selten von teigiger Consistenz und bei gewisser Grösse im Stande sind, die darüberliegende Bauchdecke sichtbar vorzuwölben. Der untere Rand, der selten gut durchzufühlen ist, erscheint stumpf, bisweilen im Segmente getheilt. Je strammer und in je grösserer Ausdehnung die Leberfläche der Bauchwand anliegt, desto deutlicher treten die Palpationserscheinungen hervor. Wenn die Leber vergrössert ist, klagen die Patienten über Schmerzen in der Lebergegend, die bald örtlich beschränkt, bald über das ganze Organ verbreitet sind. Sie sind in der Regel dumpf und drückend, dauern lange Zeit an, und werden besonders bei Druck von aussen sehr heftig.

Oefters entwickelt sich auch Ascites und Anasarka, bedingt wie bei der Cirrhose auf Verschluss zahlreicher Pfortaderäste durch den Druck der Neubildung in der Glisson'schen Kapsel, wobei der Ascites so hochgradig werden kann, dass er Erweiterung der oberflächlichen Bauchdecken bedingt, die Palpation und Percussion der Leber sehr erschwert und wegen Empordrängung des Zwerchfells die Punktion erfordert.

Ein weiteres jedoch selteneres Symptom ist Ikterus; er pflegt nur von kurzer Dauer zu sein und mit dem Nachlasse der Entzündung wieder zu verschwinden. Als Ursache können geschwollene Drüsen in der Porta hepatis oder die Obliteration eines grösseren Gallenganges durch eine von der concaven Fläche der Leber ausgehende Narbe angesehen werden.

Die Krankheit, die ziemlich langsam verläuft, gibt dem Patienten eine schmutzig blasse, erdfahle Hautfarbe. Die bei der Lebersyphilis häufig beobachtete Albuminurie und Ausscheidung von hyalinen und epithelialen Cylindern im Harn sind als Symptome der mit Lebersyphilis sehr oft combinirten, parenchymatösen und amyloiden Entartung der Niere anzusehen.

Ziemlich sicher kann vollends die Diagnose auf Lebersyphilis gestellt werden, wenn man neben diesen Symptomen auch in anderen Organen entweder gleichzeitig bestehende charakteristische Processe oder Residuen einer früheren syphilitischen Infektion beobachtet. Dafür sind bekanntlich massgebend Geschwüre am harten oder weichen Gaumen, am Gaumensegel oder weissglänzende Narben, Drüsenschwellungen in der Cubital-Inguinal-Cervicalgegend, cariöse Knochenheerde vorzüglich am Schädel, in der Nase und am Unterschenkel.

Ich komme nun in meiner Arbeit auf die oben offengelassenen Fragen zurück:

„Wie und warum kommt es in dem einen oder dem andern Falle in Folge der Syphilis gerade zur indurirten Hyperplasie (wie hauptsächlich bei hereditärer Syphilis) oder zur Gummatabildung oder zu beiden Formen zugleich?“

Die beiden Formen der Lebersyphilis, die diffuse und gummöse Hepatitis wurden lange Zeit scharf von einander getrennt. Ein grosser Theil von Autoren gab noch vor nicht langer Zeit den specifischen Charakter nur für die gummöse Hepatitis zu*); allein eine nähere Untersuchung der Thatsachen hat ergeben, dass diese beiden Formen sehr oft zusammenfallend beobachtet wurden.

Dieser Umstand kann mich zu der Vermuthung berechtigen, ob nicht unter beiden Formen der syphilitischen Hepatitis eine sehr nahe Verwandtschaft anzunehmen sei, in dem Sinne, dass man die Entstehung der indurirten Hyperplasie durch die bereits vorher bestandene gummöse Hepatitis in irgend welcher Art und Weise bedingt machen und jene Fälle von Lebersyphilis, die bei der Section beide Formen erkennen lassen, gewissermassen für ein Uebergangsstadium der gummösen Form zur indurirten Hyperplasie und endlich die indurirte Hyperplasie für das Endstadium der syphilitischen Leberentzündung halten könnte. So lange jedoch keine vollständige Erklärung zu finden ist für die Art und Weise und durch welche Umstände bedingt

*) Demange, Syphilis hepatique, Revue médicale de l'Est N. 16 Août 1879.

dieser Uebergang von der einen Form zur andern stattfindet, muss diese Anschauung als Hypothese stehen bleiben; desgleichen muss ich eine weitere, sich hieran reihende Frage offen lassen:

„Könnte nicht, wenn Hepatitis gummosa die primäre, die indurirte Hyperplasie die secundäre syphilitische Erkrankung ist, erstere den Boden, auf dem sie sich ausbreitet, gerade durch ihr Bestehen chemisch-histologisch so verändern, dass das durch die specifische Entzündung gelieferte Keimgewebe die indurirte Hyperplasie bedingt?“ Liegt doch in der That der specifische Unterschied, wie jetzt allenthalben angenommen wird, nicht in den pathologisch anatomischen Veränderungen, vielmehr ist das bei der Syphilis in Frage kommende Keimgewebe durchaus nicht verschieden von dem, das bei der einfachsten Entzündung vorkommt. Wie soll nun unter dieser Voraussetzung bei einem und demselben Individuum in einem in all seinen Theilen vollständig gleich gebauten Organe an der einen Stelle ein Gumma, an einer andern vielleicht dicht daneben eine indurirte Hyperplasie sich bilden? Da in dieser Beziehung zu wenig Beobachtungen vorliegen, so erlaube ich mir, einige gesammelte Fälle zu veröffentlichen, um daraus zu ersehen, einmal inwiefern sich Combinationen beider Formen vorfinden und in welchen Zusammenhang dieselben zu bringen sind; ferner inwieweit sich die pathologischen Veränderungen an der Leber den Untersuchungen des Klinikers offenbarten, und schliesslich wieweit die Prognose darin günstig zu stellen war, respective was die antisyphilitische Behandlung in den einzelnen Fällen zu leisten im Stande war. —

Demange veröffentlicht in der Revue médicale de l'Est Août 1879 zwei interessante Fälle, die den Zusammenhang der diffusen und gummösen Hepatitis deutlich vor Augen führen.

I. Fall: Klinische Diagnose: Syph. tert. du foie; hepatique gommeuse et interstitielle.

Anamnese: Sivert Adolphe, 50 J. alt, trat am 4. Sept. 1878 in das Spital St. Charles ein. Patient hat sich im zwanzigsten Lebensjahre syphilitisch inficirt und wurde damals mit Quecksilber behandelt; einige Zeit nachher traten zwei Schankergeschwüre am Penis auf, ohne dass damals Secundär-Erscheinungen gefolgt wären. Vor 8 Monaten traten auf der Brust, an den Extremitäten rothe Flecken und Hautabschürfungen auf, die nach einiger Zeit weisse Narben zurückliessen, ähnlich den syphilitischen. Ausserdem sind auf dem Rücken zahlreiche Acnepusteln und charakteristische Narben vorhanden. Im Monate Februar hat Pat. Schmerzen in der Lumbalgegend verspürt, die er einer Ueberanstrengung zuschrieb. Die Schmerzen dauern fort, und als er Anfangs Mai auch über Schmerzen im rechten Hypochondrium klagte, fing auch der Unterleib an, allmälig anzuschwellen.

Status præs.: Blasse Hautfarbe, Thorax zeigt charakteristische Narben, der Unterleib stark aufgetrieben; leichte Dyspnoe. Die Untersuchungen auf der Brust ergeben negatives Resultat. Die Lebergrenze ist in Anbetracht des starken Ascites schwer zu bestimmen; ihr Volumen scheint vergrössert.

13. Sept. Punktion des Ascites; es werden 10 Liter Flüssigkeit entleert. Nach der Punktion fühlt man den Rand der Leber zwei Finger breit den Rippenbogen überragen. Die Leber ist beweglich. Der Rand scheint hart und scharf, ohne dass man Erhabenheiten fühlen könnte. Die Leberdämpfung reicht bis zum sechsten Intercostalraum. Pat. fühlt sich durch die Punktion erleichtert; aber schon am 22. ist der Ascites wieder vorhanden. Pat. klagt über Diarrhoe, starke Schmerzen und grosse Schwäche, wesshalb von einer energischen Behandlung mit Quecksilber abgesehen wird. Pat. erhält Opium. Durch eine zweite Punktion werden 13 Liter Flüssigkeit entleert, wodurch sich Pat. momentan erleichtert fühlt.

30. Sept. Pat. sehr schwach; Oedem an der untern Extremität.

2. Okt. Comatöser Zustand.

6. Okt. Exitus lethalis.

Autopsie des Unterleibs: Nach Eröffnung des Abdomens entleerte sich eine reichliche Flüssigkeit. Die Leber ist in ihrem Umfang normal; 1700 gr. schwer, transversaler Durchmesser 26 cm.; von vorn nach hinten 17 cm. Die Oberfläche der Leber gelappt und in ihrer ganzen Ausdehnung mit Furchen ausgehöhlt, die die obere und untere Leberfläche in eine Reihe von Lappen theilen. Die Glisson'sche Kapsel ist stellenweise verdickt, besonders in der Höhe des Lig. suspensor. Das Leberparenchym ist granulirt, graugelblich mit mehr rein gelben Punkten von der Grösse eines Stecknadelkopfes. Auf der Oberfläche bemerkt man theils anstossend, theils isolirt narbige Einziehungen, deren grösste auf der vorderen Leberfläche liegt; dieselbe ist frankstückgross, weissglänzend, tief gegen das Centrum zu eingedrückt. Der Boden der Furchen ist von fibrinösem Gewebe gebildet, und an mehreren Stellen sind neugebildete Fibrinstränge brückenartig über die Furchen gezogen, wodurch der rechte Leberlappen in eine Masse von Narbengewebe verwandelt ist. Auf dem Grunde einer der Vertiefungen existirt ein weisser, harter Tumor von der Grösse einer Haselnuss, der auf dem Durchschnitte weiss ist, durchsäht mit kleinen Blutflecken, die eine ziemlich ausgeprägte Vascularisation andeuten. Die Leber hat Kautschukconsistenz, ist auf dem Durchschnitte körnig, von gelber Farbe und sehr anämisch. Auf der Oberfläche bemerkt man 7 gummöse Tumoren. Die Hilusgefässe sind von membranösen Verdickungen umgeben. —

II. Fall, veröffentlicht von Demange.

Klinische Diagnose: Syphil. du foie, ictère léger persistant Traitement mixte. — Guérison.

Patient, 33 Jahre alt, klagt über einen dumpfen, andauernd drückenden Schmerz in der Lebergegend. Die Palpation ergibt Vergrösserung und gesteigerte Schmerzhaftigkeit der Leber Haut gelb gefärbt, Ascites fehlt. Patient gesteht vor 12 Jahren syphilitisch inficirt worden zu sein, worauf auch noch eine Narbe am Penis schliessen lässt. Angesichts dieser Symptome und der vom Patienten angegebenen Thatsachen liegt hier eine syphilitische Af-

fection der Leber vor. Therapie: Syrop de Gybert 2 mal tgl. 1 Esslöffel.

Diese Behandlung wird 6 Wochen fortgesetzt, worauf der Leberschmerz schwindet. Die Leber nimmt normalen Umfang an. Recidive traten in späterer Zeit nicht mehr auf. —

III. Fall, der auf der medicinischen Abtheilung des kgl. Juliusspitals in Würzburg im vergangenen Winter zur Beobachtung kam und wegen der gleichzeitig bestehenden syphilitischen Affectionen auch in anderen Organen von besonderem Interesse ist und deshalb eine ausführlichere Behandlung beansprucht:

S. Franz aus S., 36 Jahre alt; eingetreten in das Spital am 30./X. 80.

Anamnese: Die Eltern des Patienten leben, sind gesund, desgleichen 3 Brüder, 1 Schwester und seine 4 Kinder.

Im Alter von 7 Jahren „Rothe Flecken". Mit 13 Jahren und nachher mit 17 Jahren Gelenkrheumatismus, der jedesmal 6—8 Wochen dauerte. Ob einzelne Gelenke besonders afficirt waren, vermag Patient nicht anzugeben; doch soll er am ganzen Körper geschwollen gewesen sein. Auch Herzklopfen soll damals aufgetreten sein. Von da an war Patient gesund bis zum Feldzuge 1870/71, aus dem er mit Typhus und Ruhr zurückkam. Etwa 12 Wochen lang wurde er ärztlich behandelt. Einige Wochen nach seiner Entlassung aus dem Lazarethe (Anfang April 1871) traten Geschwüre an den unteren Extremitäten auf, die nach einem Jahre erst verheilten und braun aussehende Narben zurückliessen.

Im Jahre 1872 trat Beklemmung und Stechen in der linken Brusthälfte auf; hiezu kam noch Kurz-

athmigkeit, die sich schon bei geringer Anstrengung steigerte. Im Sommer des gleichen Jahres kurz nach seiner Verheirathung stellte sich übelriechender Ausfluss aus der Nase ein, der auch seiner Umgebung auffallend wurde. Dem Ausfluss waren bisweilen dicke, harte Theile beigemischt. Ob damit Knochenstückchen entfernt wurden, weiss Patient nicht mehr anzugeben. Im Jahre 1874 trat Anschwellung beider Füsse in der Malleolengegend ein, die sich rasch nach oben zu bis zur Brust verbreitete. Zu Beginn der Krankheit war auch die Urinentleerung gehemmt. Ob der Urin schon damals eiweisshaltig gewesen ist, kann nicht mit Bestimmtheit angegeben werden. Von da an bis zum Beginn der jetzigen Erkrankung mit Anschwellung beider Füsse um die Malleolen herum dauern die Beschwerden des Herzklopfens und der Kurzathmigkeit fort. Urin ist jetzt spärlich eiweisshaltig. Seit September ist Pat. ärztlich behandelt worden, jedoch ohne besonderen Erfolg. Seit 14 Tagen ist auch Anschwellung des Gesichts und der Genitalien vorhanden. Appetit stets gut; Stuhlgang regelmässig. Patient war nie gelbsüchtig. Ueber Leibschmerzen wurde nie geklagt. Syphilitische Infection wird vollständig geläugnet. Seit Beginn dieser Erkrankung hat auch das Sehvermögen abgenommen.

Status praesens: Patient mittelgross; Hautfarbe durchaus blass; Gesicht, besonders um die Augenlider, stark ödematös; Narben an der Haut des Unterschenkels von früheren Geschwüren herrührend. Von den Zehen bis zur untern Brustapertur sehr starkes Haudödem, das Scrotum und Penis mitergriffen hat. Die Haut fühlt sich glatt an; Panniculus adiposus gut entwickelt; kräftiger Knochenbau und starke Musculatur.

Die ophthalmoscopische Untersuchung ergibt: Conjunctiva palpebrarum auffallend blass; Conjunctiva bulbi bläulichweiss; Pupillen mittelweit, auf Licht gut reagirend. Die äussere Hälfte jedes Opticus in beginnender Atrophie links stärker ausgesprochen als rechts. Arterienwandung verdickt, Blutsäule schmal.

Respirations- und Circulationsapparate:

Fortwährende Dyspnoe und Stechen auf der Brust. Patient hat beständig einen starken Husten mit sehr hohem, pfeifendem Ton, begleitet von reichlichem Auswurf. Die Sputa besitzen eine grüngelbliche Farbe, sind ballig, schleimig-eitrig, übelriechend und sehr zähe. Die mikroskopische Untersuchung auf elastische Fasern und Blut ergibt negatives Resultat.

An dem Uebergang der knöchernen in die knorpelige Nase ist ein deutlicher Absatz bemerkbar. Ein äusserst fötider, penetranter Geruch strömt aus der Nase, deren knöchernes Septum zerstört ist. Die vordere Hälfte der Nasenmuschel ist atrophirt, und die hintere Hälfte der Nasenhöhle mit schwärzlich glänzenden Borken ausgestopft, die nur einen Theil der unteren Nasengänge frei lassen. Die Athmung geschieht auf beiden Thoraxhälften ziemlich gleichmässig und regelmässig, doch sind die m. m. scaleni beim Athmungsgeschäft thätig.

Thorax mässig gewölbt; Intercostalräume verstrichen; Fossae supra- und infraclaviculares wenig eingesunken; Sternovertebraldurchmesser vergrössert. Die Lungenspitzen stehen in den beiden Supraclaviculargruben gleich hoch; hinten dagegen steht die rechte Lungenspitze etwas tiefer als die linke.

Die Percussion ergibt in der linken Fossa supra-

clavicularis ziemlich hellen, vollen Schall, während rechts leichte Dämpfung besteht; unter der Clavicula, sowie auf der vorderen Thoraxwand beiderseits hellen, vollen Schall; im 4. Intercostalraum rechts hinten findet sich eine Stelle mit tympanitischem Klange, weiter abwärts mässig heller Schall bis zur Höhe der 10. Rippe.

Die Herzdämpfung beginnt schon im 3. Intercostalraum, geht etwas über den linken Sternalrand hinaus und nach aussen fingerbreit über die Papillarlinie bis zur Stelle des Spitzenstosses, der sich im 5. Intercostalraum etwas nach aussen von der Papillarlinie fühlen lässt.

In der Infra- und Supraclaviculargegend beiderseits Vesiculärathmen, das von zahlreichen inspiratorischen und exspiratorischen, theils gross-, theils kleinblasigen, knatternden und pfeifenden Rasselgeräuschen begleitet ist; weiter nach abwärts bis zur 11. Rippe überall zahlreiche, gross- und kleinblasige, feuchte, bei der Exspiration pfeifende Rasselgeräusche. Abwärts im 4. Intercostalraum deutliches Bronchialathmen und klingendes Rasseln. Der Stimmfremitus rechterseits abgeschwächt.

Die Auscultation des Herzens ergibt an der Mitralis ein laut pfeifendes, pericardiales Geräusch, das sehr hohe Obertöne hat; dasselbe ist nicht allein an der Herzspitze, sondern auch an der Basis des Herzens und an der Aorta in gleichen Interstitien zu hören und ist so laut, dass die Herztöne dadurch nur schwer hörbar werden. Dieses durch die Herzbewegung hervorgebrachte pericardiale Reibegeräuch ist bei Druck des Stethoskops verstärkt. Auch an der Aorta und Pulmonalis ist ein viertheiliges Geräusch zu hören. Zeit-

weilig treten stärkeres Herzklopfen, Brustbeklemmung und Schwindel auf. Undulation der Halsvenen ist bemerkbar, doch sind die letzteren stark ausgedehnt. Der Radialpuls ist klein, schwach, nicht ganz regelmässig; Pulsfrequenz 88 p. m. — Patient verträgt alle Speisen gut, hat starken Appetit, reichliche Speichelsecretion. Stuhlgang retarirt, frei von fremden Beimengungen.

Lippenschleimhaut sehr blass, die unteren Schneidezähne und einige Backenzähne cariös; Zunge steht gerade, ist blassroth, nicht belegt. Schleimhaut des Zahnfleisches und des weichen Gaumens sehr blass. Am linken vorderen Gaumenbogen eine kleine weissglänzende Narbe, die von ektatischen Venen umgeben ist. Tonsillen beiderseits mässig hypertrophirt.

Abdomen sehr stark und ungleichmässig aufgetrieben, wobei das Epigastrium sehr stark kugelig vorgewölbt ist, während die untere Hälfte des Abdomens mehr gleichmässig erscheint. Zwischen Nabel und Epigastrium eine flache Querfurche. Der Umfang über der Mitte des Epigastriums = 93 cent; dicht unter dem Nabel 92 cent. Die Percussion ergibt tief tympanitischen Schall. An der Basis des Proc. xiphoid. rechts Dämpfung des Percussionsschalles, welche bis zur Papillarlinie längs des Rippenbogens und von da schräg nach der Spina anterior superior Ossis Ilei zu verläuft, um in der Nabelhöhe mit einer Dämpfungslinie zusammenzustossen, welche bogenförmig nach oben concav das untere Drittel des Abdomens abtheilt und die obere Grenze des vorhandenen Ascites darstellt. Linkerseits geht in der Papillarlinie der tympanitische Schall in den höheren des Darms über, der sich dann wieder von dem Ascites abgrenzt.

In den unteren Partien des Abdomens wird der Anschlag des Fingers sehr deutlich nach der gegenüber liegenden Seite fortgeleitet. Bei der Palpation in der rechten Seite des Abdomens kann man in der Mitte zwischen Proc. xiphoid. und Nabel bei tiefem Eindrücken die untere Grenze der Leber von unregelmässigen, höckerigen Tumoren abtasten, die mit der Leber im Zusammenhang stehen und eigenthümlich schwappen. Bei Seitenlagen ändert die Flüssigkeit ihr Niveau, während die Tumoren ihre Lage nicht wechseln. Vorderer Rand der Milz steht zwischen mittlerer und vorderer Axillarlinie.

Die Palpation der Niere ergibt keine Vergrösserung. Druck auf die Nierengegend ist schmerzhaft. Narben an den Genitalien sind wegen des hier stark entwickelten Hautödems nicht nachweisbar.

Der erst entleerte Urin war trübe von braunrother Farbe und sehr hohem Eiweissgehalte; jetzt ist er wenig eiweisshältig, enthält Epithelialcylinder mit heller Farbe. Die tägliche Harnmenge ist vermehrt. Das specifische Gewicht schwankt zwischen 1009 und 1014. Die Bewegungsorgane sind vollkommen intakt; Anästhesie ist nicht vorhanden; Temperatur- und Drucksinn und electrische Reizbarkeit gut erhalten. Temperatur beim Eintritt 36.5.°

Als Ordination wird wegen der Kleinheit des Pulses das Stimulans gegeben:

Rp. Spirit. aether. 10.00.
Liq. Ammon. anis. 5.00.
M. D.S. stündlich 10 Tropfen.

1/XII. Das Oedem der unteren Extremität und insbesondere der Genitalien hat bedeutend abgenommen.

Puls etwas kräftiger, immer noch sehr frequent. Die Erscheinungen am Herzen sind immer noch die gleichen. Das perikardiale Geräusch sehr hoch, mehr pfeifend. Um den Foetor und die abgelösten Knochenpartikelchen zu entfernen, werden Ausspritzungen der Nase gemacht. Ausserdem inhalirt Patient noch Ol. Thereb., durch die Nasengänge. Weitere Ordination:

Rp. Jnfus Fol. Uv. Urs. 10:120.
Kali jodati 3.00.
Syrup. simpl. 20.00.

M. D.S. 4 Esslöffel voll täglich zu nehmen.

2/XII. Das Geräusch am Herzen hat sich heute bedeutend verändert; man hört nämlich nur ein Anstreifen, Schaben, ohne die hohen Obertöne; dasselbe ist auch über der Herzgegend zu fühlen. Herztöne erscheinen dumpf, ein endokardiales Geräusch kann zur Zeit nicht mit Sicherheit nachgewiesen werden Die Nasenpartikelchen können nur mit der Pinzette entfernt werden, und man findet dann in der linken Nasenhöhle eine nekrotische Knochenleiste, die dem Reste der unteren Muschel angehört. Von nun an werden die Inhalationsröhrchen von Feldbausch mit Ol. Thereb. getränkt in die Nasengänge eingelegt, um den föditen Geruch vollends zu entfernen. Urin spärlich, von niederem spezifischen Gewicht und hohem Eiweissgehalt.

Mikroscopische Untersuchung: Zahlreiche weisse Blutkörperchen, die theils vereinzelt liegen, theils zu grösseren Haufen zusammengestellt sind; ausserdem vereinzelte Epithelialcylinder, zahlreiche, blasse, hyaline und sehr viele schmal und breit granulirte Cylinder.

Die Sputa von weissgrauer Farbe, gleichmässig

dick, ziemlich leicht zerfliesslich. Die mikroscopische Untersuchung ergibt, dass die Eiterkörperchen eingebettet sind in eine gleichmässig fein granulirte Masse, in der nur vereinzelte elastische Fasern nachgewiesen werden können. Ein auffallender Geruch ist an den Sputis nicht bemerkbar.

3/XII. Geräusch am Herzen unverändert; Foetor aus der Nase viel geringer; Puls nur noch klein, schwach frequentirt, Ordination die gleiche.

5/XII. Der Foetor hat bedeutend abgenommen; Diurese wird reichlich; Urin hellgelb mit einem Stich ins Graue, von hohem Eiweissgehalt. Appetit hebt sich; Patient kann leichte Fleischspeisen gut vertragen. Stuhlgang regelmässig, Ascites hat etwas abgenommen. Das perikardiale Geräusch an der Spitze wird immer mehr pfeifend; die Rasselgeräusche, die anfangs sehr zahlreich an beiden Lungen zu hören waren, sind jetzt viel spärlicher. Es werden Versuche gemacht, eine Reaction auf den Foetor aus der Nase zu erhalten.

Filtrirpapier in Bleilösung getaucht und dicht vor das Gesicht aufgehängt, so dass der volle Exspirationsstrom auf die feuchte Fläche auffällt, gibt negatives Resultat.

Filtrirpapier mit hypermangansauerem Kali getränkt und in gleicher Weise befestigt, gibt ebenfalls negatives Resultat. Hämatoxylin kann für diese Untersuchung nicht gebraucht werden, weil das Filtrirpapier dadurch stark braun gefärbt wird. — Ein Glasstab in Salzsäure getaucht gibt keinen Nebel.

8/XII. Diurese reichlich; spezifisches Gewicht 1001; Eiweissgehalt mässig; Foetor nimmt ab; Einathmung mit Terpentin wird fortgesetzt.

10/XII. Das Oedem der unteren Extremitäten nimmt wieder zu, auch Scrotum und Präputium stark ödematös. Am rechten Trochanter tritt ein 5markstückgrosser Decubitus auf. Ascites noch gleich; die kugelige Vorwölbung des Epigastriums so erheblich, dass die Tumoren resp. Unregelmässigkeiten der Leber viel schwerer durchzufühlen sind. Das pericardiale Reibegeräusch wird schwächer, ist am besten noch an der Herzspitze zu hören. Rechts hinten ist die Dämpfungslinie noch etwas gestiegen, reicht fast bis an den Angulus Scapulae. Links hinten und unten eine 2fingerbreite Dämpfungslinie; Abdomen bedeutend vergrössert; Colon und Magen über die Leber gelagert. Trotz Jodkali ist der Hydrops gestiegen.

14/XII. Oedem der unteren Körperhälfte, Ascites und Dyspnoe nehmen immer mehr zu; Herzdämpfung nicht vergrössert.

16/XII. Um dem Hydrops Ablauf zu verschaffen, werden heute an jedem Unterschenkel 4 Incisionen gemacht unter antiseptischen Cautelen.

17/XII. Die Wirkung dieser Scarification war schon nach kürzerer Zeit eine ausserordentliche, indem das Körpergewicht von 78 Kilogramm bis zum 18/XII. bis auf 67 Kilogramm herabfällt.

Ordination: Spirit aether. 10.00.
Liq. Ammon. anis. 5.00.
M. D.S. stündlich 10 Tropfen.

Patient sieht ziemlich collabirt aus; erhält desshalb Rothwein und eben angeführtes Stimulans.

Die untere Extremität an Umfang bedeutend geringer, Oedem der Genitalien hat bedeutend abgenommen; Pericardiales Geräusch jetzt nicht mehr zu hören.

Mikroskopische Untersuchung des Urins: Sehr wenig Cylinder, blass, hyalin mit wenig Fettkörnchen besetzt. Weisse Blutkörperchen zahlreich, hie und da in Haufen; Nierenapithelien in grosser Anzahl; zusammhängende, vereinzelte rothe Blutkörperchen. Die Haut des Unterschenkels ist Abends fleckig geröthet, bedingt durch die Carbolsäure.

18/XII. Das Körpergewicht fällt fortwährend; aus den Stichöffnungen fliesst reichlich Serum aus. An den Unterschenkeln haben sich an Stelle der Röthung grosse mit klarem Serum gefüllte Blasen gebildet. Die obere Rumpfhälfte sehr mager, besonders das Gesicht stark eingefallen und jetzt tritt die rauchgraue Färbung der Haut viel stärker hervor. Puls nicht ganz regelmässig, sehr langsam. An der hinteren Thoraxwand grossblasige Rasselgeräusche. Der Ascites hat bedeutend abgenommen; dennoch lassen sich die Unregelmässigkeiten der Leber nicht mehr so gut abtasten wie früher.

19/XII. Heute Morgen Collapsus; Trachealrasseln.

Exitus lethalis Morgens $8^1/_2$ Uhr. —

Die vorliegenden Symptome weisen mit absoluter Sicherheit auf pathologische Veränderungen in der Lunge, am Herzen, in der Milz, Niere und Leber hin.

Wenn auch Patient eine syphilitische Infection nicht zugibt, so sind doch schon die Ozoena und die Necrose der Nasenscheidewand, die Narben früherer Geschwüre an der unteren Extremität, die weissglänzende Narbe am vorderen linken Gaumenbogen, die geschwellten Inguinaldrüsen characteristisch genug für die Diagnose auf „constitutionelle Syphilis."

Was zunächst die Lunge anlangt, so haben wir es hier mit Stauungen im kleinen Kreislaufe zu thun,

woraus allgemeiner Hydrops, Oedem der Lungen und Hydrothorax resultirt. Ausserdem ergibt sich aus der physikalischen und chemischen Beschaffenheit der Sputa, aus den Percussions- und Auscultationserscheinungen die Diagnose:

„Phthisis Pulmonum Lobi superioris dextri."

Endokardiale Geräusche sind in Folge des starken, trockenen, pericardialen Reibgeräusches nicht vernehmbar; letzteres ergibt die Diagnose:

„Pericarditis sicca s. fibrinosa."

Die wichtigsten pathologischen Veränderungen mit den daraus resultirenden Symptomen bietet im vorliegenden Falle die Leber. Da bereits aus den angeführten Symptomen die Diagnose auf constitutionelle Syphilis festgestellt ist, so liegt der Verdacht auf eine syphilitische Leberentzündung von vorn herein schon nahe, worüber die weiteren Symptome einen näheren Aufschluss geben werden.

Die kolossale Vergrösserung der Leber, die sich theils aus dem gedämpften Percussionsschall, theils aus der Palpation der Leber ergibt, die unregelmässige Gestalt des Organs, an dessen unteren Grenze man in der Mitte zwischen Processus xiphoideus und Nabel bei tieferem Eindrücken unregelmässige höckerige Tumoren abtasten kann, die mit der Leber in Zusammenhang stehen und eigenthümlich schwappen, endlich das Unbehagen und die drückende Schwere im rechten Hypochondrium stellen die Diagnose auf:

„Hepatitis syphilitica gummosa" ziemlich sicher.

Die gummöse Lebersyphilis gleicht bei Verkleinerung des Organs der gewöhnlichen Cirrhose, bei Ver-

grösserung dem Lebercarcinom in bizarren Formen.

Um die Differentialdiagnose zwischen Carcinom und Syphilis genauer festzustellen, müssen die fühlbaren Protuberanzen näher betrachtet werden. Darüber gibt Lanceraux an, dass die knolligen Erhebungen an der Oberfläche der syphilitischen Leber eine grössere Härte besitzen als die des Lebercarcinoms, wesshalb erstere viel deutlicher und schärfer abgegrenzt sind. Bamberger legt für die Differentialdiagnose grossen Werth auf das Stationärbleiben der Protuberanzen bei den Lebergummata. Das beste Unterscheidungszeichen für diese beiden Leberaffectionen bietet die Milz. Diese ist bei syphilitischer Hepatitis constant vergrössert, während sie bei Lebercarcinom normales Volumen behält, selbst wenn sich hier schon Metastasen gebildet haben. Die Lebersyphilis hat einen relativ langsamen Verlauf; sie besteht meist schon ehe die Patienten die Symptome derselben bemerken und kann, wenn sie nicht zur Verheilung kommt, lange Jahre hindurch andauern.

Fassen wir nun diese Symptome für den vorliegenden Fall zusammen, so ist aus der Dauer der Krankheit, der Aetiologie, dem Alter des Patienten, dem Mangel an eigentlicher Krebscachexie, dem Nachweise anderer Symptome von Syphilis, der gleichzeitigen amyloiden Degeneration der Milz und Niere obige Diagnose nur bestärkt, während Carcinoma Hepatis hier vollständig auszuschliessen ist.

Für die Diagnose der Lebersyphlis spricht endlich noch die characteristische, rauchgraue Färbung der Gesichtshaut und der Schultern sowie der gleichzeitig bestehende Ascites und das Anasarca. Die Entstehung dieser Wassersucht lässt sich ohne Schwierigkeit auf die hier

statthabende Drucksteigerung in gewissen Venen zurückführen, so dass dadurch die Filtration durch die Wände der Capillaren über die Norm gesteigert werden muss.

Diese venöse Blutstauung als Veranlassung der Bauchwassersucht hat ihren Grund in einer Stauung auf dem Gebiete der Pfortader. Demnach wären in diesem Falle als Ursache dieser Pfortaderstauung entweder Retraktionen von Narbengewebe an der Porta Hepatis oder Druck einiger in der Nähe sich befindender Lebergummata anzusehen. Jedenfalls ist schon aus anatomischen Gründen der bestehende Ascites ausschliesslich auf die vorliegende Lebersyphilis zurückzuführen.

Es wäre nun noch die Frage zu erörtern, ob auch hier mit der gummösen Hepatitis die andere Form der diffusen Hepatitis combinirt ist, und gleichzeitig eine Perihepatitis syphilitica anzunehmen ist.

Die erste Frage kann hier nur die Section endgiltig entscheiden, doch mag mit Rücksicht darauf, dass die diffuse Lebersyphilis am häufigsten als Theilerscheinung der congenitalen Lues bei todtgeborenen Kindern, bei Erwachsenen aber selten beobachtet wurde, zumal, da auch keine positiven Symptome für die diffuse Form vorliegen, letztere mit aller Wahrscheinlichkeit auszuschliessen sein.

Perihepatitis ist sehr häufig eine Secundärerscheinung der Lebersyphilis. Sie characterisirt sich durch Verdickung der Leberkapsel mit gleichzeitiger Verkleinerung des Organs. Wenn auch hier keine Verkleinerung der Leber vorliegt, so ist doch das Reibege-

räusch auf der Oberfläche derselben auf oberflächliche interstitielle Entzündungsprocesse zu beziehen.

Mit der Hepatitis syphilitica ist oft amyloide Degeneration der Leber verbunden. Die amyloide Entartung überhaupt ist eine Secundäraffection, indem sie nur dann auftritt, wenn schwere, chronische Leiden tiefgreifende Zerstörungen angerichtet haben. Unter diesen chronischen Leiden nimmt die constitutionelle Syphilis einen hervorragenden Platz ein, namentlich dann, wenn sie mit langandauernder Eiterung oder Verschwärung einhergeht. Daher ziehen auch die syphilitischen Knochen- und Schleimhautverschwärungen Amyloidentartung am ehesten nach sich.

Als bestimmende Symptome für die Diagnose der Amyloidleber ist der Nachweis einer deutlich, gleichmässig vergrösserten Leber, die sich beim Betasten von ganz ungewöhnlich fester Resistenz zeigt und die oft brettartig hart zu fühlen ist. Trifft man diesen Zustand bei einem kachetischen Individuum, das an Caries und Nekrose im vorliegenden Falle als Zeichen constitutioneller Syphilis leidet, so kann zweifelsohne die Diagnose auf „Degeneratio amyloidea Hepatis“ gestellt werden. Sie wird um so sicherer, wenn, wie ebenfalls in diesem Falle, ein fester, glatter Milztumor zugegen ist und wenn im Harn Eiweiss und hyaline Cylinder nachgewiesen sind und zugleich Hydrops besteht als die Symptome gleichzeitig bestehender:

„Degeneratio amyloidea Renum et Lienis.“

Fassen wir nun das gesammte Krankheitsbild zusammen, so ergibt sich als klinische Diagnose:

Caries nasi syphilitica; Phthisis Pulmonum (Jnfiltratio Lobi superioris dextri); Hydrothorax; Oedema

Pulmonum, Pericarditis; Hepatitis syphilitica gummosa; Perihepatis syphilitica; Degeneratio amyloidea Renum et Lienis; Ascites.“ —

Die Section wurde am folgenden Tage von Herrn Hofrath Professor Dr. Rindfleisch vorgenommen. Die Ergebnisse derselben sind folgende: Ziemlich abgemagerter Cadaver; Haut gelblich gefärbt; Musculatur und Panniculus adiposus bedeutend geschwunden; am rechten Oberarm und am linken und rechten Oberschenkel mehrere strahlenförmige Narben; Bauch ziemlich stark aufgetrieben; am linken und rechten Unterschenkel mehrere Einschnitte, um dieselben herum starkes Eczem.

Bei Eröffnung des Bauches entleert sich eine grosse Menge Gas, ebenso reichliche, gelblich seröse Flüssigkeit.

Leber ziemlich nach unten gesunken, wird vom Colon transversum und dem in die Höhe gezogenen Netze am rechten Lappen vollständig überlagert. Rechte Hälfte des Zwerchfells etwas nach unten gesunken. Bei Eröffnung des Thorax finden sich die beiden rechten Oberlappen vollständig adhärent. In der rechten Pleurahöhle ziemlich viele, gelbliche, trübe Flüssigkeit mit einigen Fibrinflocken. Linke Lunge frei.

Herz ziemlich nach links verschoben, vergrössert, Spitze in der linken mittleren Axillarlinie. Im Pericard seröse Flüssigkeit in ziemlicher Menge vorhanden.

An der Herzspitze und am rechten Ventrikel zwei frische Auflagerungen, die sich leicht abheben lassen; ebensolche auf dem perikardialen Blatte des Endokards.

Aus dem linken und rechten Vorhof entleeren sich speckhäutige Gerinnsel und frische Cruormassen.

Mitralis und Tricuspidalis gut durchgängig. Rechter Vorhof erweitert, an der Tricuspidalis kleinere, ältere Auflagerungen; Pulmonalklappen intakt.

Intima der Pulmonalis leicht verfettet. Musculatur des linken Herzens verbreitert. Mitralklappen verdickt, ebenso das Endokard des Vorhofs.

Aortenklappen am Nodulus Arantii leicht verdickt, ebenso die Intima der Aorta.

Ueber beiden Tonsillen zwei grössere ulcerirende Geschwüre.

An der rechten Lungenspitze befinden sich zahlreiche, härtere Partien, die dem Parenchym der Lunge ziemlich ähnlich sehen, ebenso ein circa erbsengrosses, verkalktes Knötchen.

Milz ziemlich stark vergrössert, ist teigig anzufühlen, Kapsel stark gespannt, Breite 15 cm., Höhe 9 cm., Dicke 5 cm.

Oberfläche der linken Niere höckerig; einige kleine Cysten enthaltend; Kapsel nur mit Substanzverlust abziehbar.

Rechte Niere wenig verkleinert, zeigt auf dem Durchschnitte runde Körnchen vorzüglich auf der Marksubstanz. An anderen Stellen ist die Marksubstanz bedeutend geschrumpft. Einige Partien der Niere zeigen deutliche Amyloidreaction. Rechter Leberlappen ist vorzüglich in seiner Höhe und Dicke bedeutend vergrössert und durch narbige Schrumpfung in mehrere Abschnitte getheilt. Breite 20 cm.; Höhe 25 cm.; Dicke 12 cm. Auf der Oberfläche mehrere weisslich durchscheinende Flecken; auf dem Durchschnitte erscheinen die obengenannten Flecken als Gummaknötchen; charakteristisch grau röthlich, im Stadium der fettigen

Rückbildung. Auch im Parenchym mehrere solche erbsengrosse, gelb gefärbte Knoten.

Das Parenchym amyloid degenerirt. Substanz der Hirnhemisphären ziemlich derb, wenig blutreich.

An den grossen Ganglien keine Veränderung; Bedeutende Atrophie des N. opticus in der Schädelhöhle nicht sichtbar.

Fassen wir die Sectionsresultate zusammen, so ergibt sich als anatomische Diagnose:

„Hypertrophia Ventriculi dextri et sinistri; Pericar-
„ditis; Endocarditis Valvulae tricuspidalis; Hydro-
„thorax; Induratio Apicis Pulmonis dextri; Hepar
„lobatum, Gummata Hepatis; Degeneratio amyloidea
„Hepatis, Renum et Lienis; Atrophia granularis Renum
„et Lienis.

Ueberblicken wir nun nochmals die klinischen Erscheinungen und den Sectionsbefund dieses Falles, so ist das Bedenken, wesshalb von einer Punktion des Ascites abgesehen wurde, gerechtfertigt gewesen. Es stieg nämlich beim Aufsitzen des Patienten der Ascites nicht in die Höhe, wesshalb man auf Verwachsungen schliessen musste, die den Ascites abgrenzten. Desgleichen stieg auch die untere Lebergrenze bei tiefer Inspiration nicht herunter, so dass auch hier Verwachsungen angenommen werden mussten und die Punktion des Ascites wenig Erfolg gehabt hätte.

Die Verdichtung der Lunge war syphilitischer Natur.

Die Milzvergrösserung bei Lebersyphilis kann bedingt sein theils durch Druck auf die Pfortader, theils durch amyloide Degeneration der Milz, theils durch Gummata der Milz. Die Section zeigt, dass in diesem

Falle die amyloide Entartung die Veranlassung der Milzvergrösserung war.

Diagnosticirt war in Bezug auf die Niere amyloide Degeneration. Die Section ergab eine unebene Oberfläche, derbes Gewebe, Verkleinerung, Schrumpfung und weisse Partieen in den Nieren. Demnach könnte anfangs Bright'sche Niere vorhanden gewesen sein, die dann in Schrumpfung übergegangen wäre. Von dieser Schrumpfung der Niere ist abhängig die kolossale Hypertrophie des linken Ventrikels, zumal ja auch Granularatrophie der Niere stets Neigung zu Entzündungen anderer Organe vorzüglich des Herzens hat.

Während die Amyloidniere nur in geringem Grade nachweisbar war, ist die Bright'sche Niere Hauptsache der Section gewesen.

Die allmälige Kräfteabnahme des Patienten sowie die sich stets steigernde hochgradige Dyspnoe in Folge des allgemeinen Hydrops und der Lungenaffection kann zunächst die causa mortis gewesen sein. —

Diesen Fällen sei es mir erlaubt drei weitere Fälle von syphilitischer Leberentzündung, die in dem letzten Jahrzehnt im Juliusspitale dahier zur Beobachtung kamen, in etwas kürzerer Fassung, soweit sie sich lediglich auf Veränderungen der Leber beziehen, zu veröffentlichen.

IV. Fall: Z. Anton 52 Jahre alt; Reisender; Eintritt 29.X.72, Diagnose: Syphilis Hepatis.

Im August traten plötzlich starke, stechende Schmerzen im rechten Hypochondrium auf, begleitet von Kurzathmigkeit.

Zahlreiche weisse, unregelmässige Narben an Stirn und Kopf, welche auf frühere syphilitische Geschwüre hinweisen, was auch vom Patienten bestätigt wird.

Der Unterleib ist stark aufgetrieben, symetrisch, deutliche

Fluktuation ist nachweisbar. Bei starker Bewegung ist ein bemerkbares Reibegeräusch zu fühlen. Die Leber ist beträchtlich vergrössert, reicht mehr als handbreit über den Rippenbogen herab, ist uneben, höckerig, nicht schmerzhaft; die Milz vergrössert. Am Abdomen ist unten starke Dämpfung, deren Grenze mit der Lageveränderung des Patienten sich ändert. Einzelne Drüsen sind geschwellt, an den Knöcheln besteht leichtes Oedem; die Genitalien sind nicht ödematös. Induration noch jetzt am Penis vorhanden. An der Tibia beiderseits sind leichte Verdickungen fühlbar.

Urin ist gallenfarbstoffhältig. Ordinat: Kali jodati 0,5 p. die.

9./XI. Patient klagt über heftige dyspnoische Anfälle;

14./XI. Patient collabirt, hochgradige Anämie, Delirium;

18./XI. Exitus lethalis.

Autopsie der Leber: In der Quere misst der linke Lappen 10 cm., der rechte 16 cm., in der Höhe rechts 20 cm., links 15 cm. Oberfläche glatt. Auf der vordern Fläche, dem Rippenrand entsprechend, weissliche, strahlige Narben, welche jedoch oberflächlich bleiben und nicht in das Parenchym eindringen. Gegen die Gallenblase hin ist die Oberfläche von höckeriger Beschaffenheit und von bräunlicher Farbe, mit vielen kleinen, rundlichen, stellenweise eckigen, gelbweisslich erscheinenden Flecken besetzt, die am rechten Seitenrande zahlreich sind, am untern Rande oberhalb der Gallenblase fehlen, ebenso links, hinten jedoch ziemlich gleichmässig vertheilt sind. Auf dem Durchschnitte bilden sie weisse, circumscripte Knötchen, die in die Lebersubstanz eindringen. Diese fühlt sich derb und fest an, die Acini sind klein und bestenen aus stark vertieftem, dunkelrothlich gefärbtem Centrum und gelb ikterisch gefärbter peripherer Schicht, welche überall den leicht erweiterten Portalgefässen entspricht. Im Innern finden sich keine Knoten. Die Lebervene ist weit, mit dunklem Blute gefüllt. In der Umgebung einiger Pfortaderäste finden sich breite, derbe, durchscheinende Bindegewebsschichten, die das Gefäss umgeben. —

V. Fall. G. Johann, Metzger 47 Jahre alt. Erkrankt im November 1877. In das Spital eingetreten 1. Februar 1878. Ausgetreten 20. Februar 1878. Diagnose: Hepatitis syphilitica.

Patient acquirirte im 25. Jahre einen harten Schanker. Damals unterzog er sich einer antisyphilitischen Cur, worauf bis zu seinem 39. Jahre keine Erscheinungen mehr auftraten. Zu dieser

Zeit bekam dann Patient einen Ausschlag auf der ganzen Haut, den er als Flechten bezeichnet. Im 40. Jahre bildeten sich zwei Knoten auf dem Rücken, die sich von selbst öffneten und allmälig sich in Geschwüre umwandelten, die im Verlauf von 14 Tagen zu beträchtlicher Grösse wuchsen und nach 6 Wochen bei Behandlung mit Höllenstein geheilt sein sollen. Damals lag er auf der syphilitischen Abtheilung. Seit November 1877 bemerkt Patient Anschwellung beider Füsse, die sich in den nächsten Wochen bis an die Kniee erstreckte. Von da ab nahm die Anschwellung nach oben zu und verbreitete sich in 4—5 Tagen über den Unterleib und die Lendengegend. Dieses Leiden, sowie Verringerung der Harnmenge, Gefühl von Schwäche und Mattigkeit veranlassen den Patienten am 1./II. 78 in das Spital einzutreten.

Patient ist ziemlich abgemagert; Rachentheile blass; Uvula steht nach links gerichtet; an der Insertionsstelle derselben eine kleine, weissliche Verdickung.

An der Haut des Rückens nach innen vom Angulus Scapulae rechts zwei handtellergrosse Narben, die theils weiss, theils leicht geröthet, von Gefässen durchzogen sind; eine dritte thalergrosse findet sich rechts unterhalb der Spina Scapulae. Gesicht leicht gedunsen, die Haut des übrigen Körpers ödematös, ziemlich stark in beiden Lendengegenden und an der untern Extremität; an letzterer befinden sich mehrere frische zehnpfennigstückgrosse Narben mit theilweiser Krustenbildung über einzelnen Stellen, die sich leicht infiltrirt anfühlen. Inguinaldrüsen wenig geschwellt, ebenso die übrigen peripheren Lymphdrüsen. An der Glans Penis und an der Corona Glandis je eine Narbe. Die Untersuchung des Thorax ergibt negatives Resultat.

Unterleib etwas aufgetrieben, besonders in seiner oberen Hälfte mehr gewölbt, bei Druck nirgends schmerzhaft. In der Lebergegend stärkere Resistenz, sonst nichts Besonderes fühlbar. Untere Lebergrenze steht am Rippenbogen und die des linken Lappens überragt den Proc. ensiformis nicht. Milz ist nach vorn wenig vergrössert. In den tiefsten Partieen ist Dämpfung des Percussionsschalles mit Veränderung desselben bei Lagewechsel vorhanden. Im Stehen reicht die Dämpfung in der Mittellinie bis drei fingerbreit oberhalb der Symphyse. Temperatur und Puls normal. Ordin: Syrup. ferri jodati.

3./II. Oedem besonders an den Extremitäten etwas abgenommen.

6./II. Oedem geht allmälig zurück; nur noch in geringem Grade vorhanden.

10./II. Hauptklage des Patienten bezieht sich auf Schmerz in der Gegend zwischen Nabel und Proc. ensiformis, der bei Druck bedeutend zunimmt. Am Oberarm und in der Ellenbogenbeuge ist wieder Oedem aufgetreten. Am gleichen Tage entwickelt sich an der äusseren Seite des rechten Ober- und Vorderarms unter heftigem Brennen theils mehr diffuses, theils circumscriptes, leicht erhabenes Röthen der Haut mit kleinen Knötchen.

14./II. Das Exanthem am rechten Arm und das heftige Brennen ist im Verschwinden. Sonst ist das Allgemeinbefinden das gleiche.

16./II. Das Exanthem ist heute mit neuer Heftigkeit auch am linken Arme aufgetreten. Leichter Schmerz in der Lebergegend dauert fort.

20./II. Patient fühlt sich heute sehr wohl. Das Exanthem an dem Arme sowie der Leberschmerz sind geschwunden. Patient verlässt das Spital. —

VI. Fall: B. Conrad, 49 Jahre alt. Erkrankt: April 1872; Eingetreten: 9. Februar 1873. Diagnose: Syphilis Hepatis.

Im Jahre 1856 hat Patient am linken Bein ein Geschwür gehabt, über dessen Ursprung keine Aufschlüsse von ihm zu erlangen sind. Es traten auch viele Geschwüre an der Stirne auf, die verheilt und wieder aufgebrochen sein sollen.

Ende April 1872 bekam Pat. Gelbsucht, der kurz vorher plötzlicher Schmerz in der Lebergegend und 8 Tage andauernder Druck in der Umgebung vorausging. Gleich nachher bemerkte Patient eine Geschwulst, die sich von der Herzgrube quer nach der rechten Seite hinzog. Vom 6. August bis Ende October war Patient im hiesigen Spital mit der Diagnose: Hepatitis gummosa.

Haut stark ikterisch gefärbt, Abdomen bedeutend aufgetrieben; Stirne mit netzförmigen Narben besetzt. An der vordern Fläche der Unterschenkel befinden sich braune, charakteristische Flecken, die für Residuen syphilitischer Affektion gehalten werden müssen; Leistendrüsen mässig geschwellt; an der Leber lassen sich wegen der starken Spannung des Unterleibs keine Knoten fühlen. Milz erscheint vergrössert. Ordinat: Kali jodati 1.00 p. die.

15./II. Gefühl von Spannung im Unterleib in der Gegend des Nabels. Laryngoscopische Untersuchung ergibt nichts Abnormes.

20./II. Gesteigerte Spannung im Unterleib; die Kräfte nehmen sichtlich ab; starker Foetor ex ore wahrnehmbar.

27./II. Exitus lethalis.

Autopsie der Leber: Leber gross, 26 cm. breit; der linke Lappen 11 cm. breit, 19 cm. hoch. Ueber der grauen Leber zerstreute, weissliche Flecken, unter denen die Substanz sehnig erscheint. Ueber das Parenchym verbreitete, zahlreiche derbe, sehnige Einlagerungen, wobei die Struktur nicht erheblich geschwunden, sondern nur durch Verbreiterung der Bindegewebszüge verkleinert ist und so als ein Netz von Bindegewebe erscheint. Von einem dieser Knoten ausgehend ist ein derber Bindegewebszug tief in die Substanz hineinragend sichtbar. Die übrige Lebersubstanz ist dunkelgrün, die Interstitien sind verbreitert; die Acini im Centrum dunkel, in der Peripherie blass. Dasselbe Verhalten zeigen die Knoten an der Oberfläche, einzelne davon sind stark vascularisirt.

Komme ich nun zum Resumé der beobachteten Fälle, so weist der erste Fall, vom pathologisch-anatomischen Standpunkte aus betrachtet, die innigste Combination der gummösen und der interstitiellen Hepatitis auf. Die Section zeigt, dass an verschiedenen Stellen des Leberparenchyms stark vascularisirtes Bindegewebe getreten war und dass auf der Oberfläche an die Furchen grenzend und isolirt narbige Einziehungen vorhanden waren, wodurch der rechte Leberlappen in eine Masse von Narbengewebe verwandelt war. Diese Befunde, sowie die erhebliche Verdichtung, die kolossale Starrheit und Trockenheit der Substanz geben uns ein schönes Bild einer Lebercirrhose neben der ausgesprochensten gummösen Leberaffection. Die sieben gummösen Tumoren auf der Oberfläche der Leber konnten in Folge des stark entwickelten Ascites nicht durchgefühlt werden, obwohl die übrigen klinischen

Erscheinungen die Diagnose einer gummösen Leberentzündung rechtfertigten. —

Was den zweiten Fall anlangt, so haben wir das Bild einer beginnenden Lebersyphilis vor uns, welche Diagnose durch die Thatsache früherer Jnfection, durch den anhaltend drückenden Schmerz in der Lebergegend, durch die abnorme Grösse der Leber, durch den leichten Jcterus gerechtfertigt erscheint. —

Wenn auch im dritten Falle in Folge des Mangels aller positiven Symptome für die diffuse Lebersyphilis diese ausgeschlossen werden musste, die Section selbst solches bestätigte, ist es nicht ausgeschlossen, dass auch diese Form sich immerhin noch entwickelt haben könnte, wenn die gummöse Lebersyphilis, sowie die gleichzeitig bestehenden jedoch secundären Erkrankungen keinen so rapid lethalen Verlauf genommen hätten; denn die Dauer der letzten Erkrankung beschränkte sich nur auf sechs Wochen. Perihepatis, die sehr gewöhnlich bei syphilitischer Leberentzündung vorkommt, war in vorliegendem Falle nicht vorhanden gewesen. Die Gummata waren charakteristisch grauröthlich, in fettiger Rückbildung begriffen und die ganze Leber war vergrössert. Die bedeutende Verlängerung und Lappung des rechten Leberlappens, war wie die Section zeigte, zweifelsohne durch die anyloide Einlagerung bedingt.

Combinationen beider Formen der syphilitischen Hepatitis finden sich, wenn auch in geringem Grade bei der Section des vierten und sechsten Falles. Wenn auch hier neben den gummösen Formen die indurirte Hyperplasie nicht so deutlich ansgesprochen ist als im ersten Falle, so haben sich doch bei der Section Veränderungen mit mehr oder minder ausgeprägtem Cha-

rakter einer indurirten Hyperplasie ergeben, so dass zwar die gummöse Form noch Hauptsache der Section blieb, aber auch die indurirte Form in ihrem Anfangsstadium sich präsentirte.

Was den ersten dieser beiden Fälle betrifft, so finden sich neben den gelb erscheinenden Gummataknötchen, die in das Leberparenchym hineinragen bei mässig vergrösserter Leber derbe und zähe Partieen; ja die ganze Lebersubstanz fühlt sich auf dem Durchschnitt colossal hart und fest an. Die Oberfläche der Leber ist bräunlich gefärbt und in der Umgebung einiger Pfortaderaeste ziehen sich breite, dicke durchscheinende Bindegewebsschichten um die Gefässe herum. Ausserdem war Oedem an den unteren Extremitäten und Ascites vorhanden gewesen. Gerade für diese Fälle fehlten mikroskopische Präparate der Leber, die von besonderer Wichtigkeit gewesen wären, um daraus zu ersehen, ob und wie weit sich neugebildetes Bindegewebe vorfindet, in welchem Masse die Leberzellen geschwunden sind, ob und in welchem Grade einzelne Leberpartieen atrophisch oder fettig degenerirt sind. Vielleicht hätten sich in den interlobulären Räumen oder in den Leberläppchen selbst Anhäufungen von Keimgewebe finden lassen, wodurch dann auch in den letzten Fällen beide Affectionen in ihren ausgeprägten Formen combinirt angetroffen worden wären. Namentlich für den letzten Fall wären solche Präparate sehr erwünscht gewesen, indem die Section nur von derben, sehnigen Einlagerungen spricht, die durch Verbreitung der Bindegewebszüge die befallenen Leberpartieen verkleinert und in ein Netz von Bindegewebe umgewandelt erscheinen lässt; ferner von harten, festen Binde-

gewebszügen, die von Knoten ausgehend, tief in die Substanz hineinragen. —

Im vorletzten Falle, der nicht zur Section kam, gründet sich die Diagnose der gummösen Hepatitis auf frühere Infection, auf bestehendes Oedem und Ascites und auf Vergrösserung der Leber. Die Prognose der Krankheit, die etwas über drei Monate dauerte, war desshalb günstig zu stellen, weil die Krankheit noch im Entwicklungsstadium war; doch ist Patient immerwährend Recidiven ausgesetzt, die in ihrem Verlauf an Intensität nud Hartnäckigkeit oft hohe Grade erreichen. —

Nicht immer ist die Diagnose auf Hepatitis syphilitica, mag es sich um die gummöse Form oder um die indurirte Hyperplasie handeln, so sicher zu stellen, wie in vorliegenden Fällen, vielmehr stellen sich hier dem Untersucher oft bedeutende Schwierigkeiten in den Weg, die ihn einerseits eine syphilitische Lebererkrankung nicht erkennen lassen, und zu mancherlei Irrthümern Veranlassung geben. Oft ist es nicht möglich, eine frühere syphilitische Infection zu entdecken, weil einerseits alle diesbezüglichen anamnestischen Fragen vom Patienten durchaus negirt werden, andrerseits eine objective Untersuchung hierüber nicht immer Aufschluss gibt, wenn beispielsweisse in Folge starker ödematöser Schwellung Narben an den Genitalien nicht entdeckt werden können, oder sich auch anderweitig keine syphilitischen Residuen bemerkbar machen. Ausserdem kann bei bestehendem hochgradigem Ascites die Leber weder richtig percutirt noch palpirt werden.

Dass gerade die gummöse Form der syphilitischen Leberentzündung Verwechslungen mit Carcinomformen

bedingen kann, darauf habe ich bereits bei der Differentialdiagnose des III. Falles hingewiesen.

Die Prognose dieser Fälle mit Ausnahme des zweiten und vorletzten war desshalb ungünstig zu stellen und die Therapie von keinem guten Erfolge begleitet, weil ja schon beim Eintritt dieser Patienten ins Spital die Zerstörungen in der Leber in so bedeutendem Grade vorgeschritten waren, dass, wenn selbst die antisyphilitische Behandlung eine Coupirung des specifischen Processes erzielt hätte, die noch gesunden Theile der Leber in ihrer physiologischen Arbeit den Anforderungen des Organismus nicht mehr genügt hätten. —

Die Prognose und Epicrise der Lebersyphilis überhaupt ist bei acquirirter Lues nicht absolut ungünstig zu stellen. Sie ist abhängig einmal von der freien oder beschränkten Circulation im Pfortadersystem; denn in dem Grade als diese behindert ist, steigert sich der Ascites und das Anasarca und es treten Magen- und Darmblutungen auf. Ferner richtet sich die Prognose nach der Grösse des bereits befallenen Drüsenparenchyms. Je weiter die Zerstörungen in dem Leberparenchym schon um sich gegriffen haben, desto functionsunfähiger ist natürlich die Leber. Schliesslich kommt in Betracht die oft gleichzeitig bestehende Amyloidentartung der Leber, Milz und Niere. Im Allgemeinen ist die Prognose bei beginnender Lebersyphilis, soferne sie als solche sofort erkannt ist und zur zweckmässigen Behandlung kommt, günstig und nur durch den Gedanken an etwaige Recidiven getrübt.

Die Therapie der Lebersyphilis gründet sich auf eine energische Behandlung mit Quecksilber, Jodkali oder Jodeisen, um einen etwa noch weiter greifenden

Process aufzuhalten, wenn dessen Fortbestand aus der Zunahme der Lebererscheinungen oder aus der Existenz noch anderer constitutioneller Localerkrankungen zu schliessen ist. Ausserdem sind diätisch roborirende, symptomatische Behandlungen angezeigt. Günstige Erfolge sind meist durch innere Anwendung von Jodpräparaten allein erzielt worden; desgleichen ist der Gebrauch von Quecksilber in Form der grauen Salbe von gleich gutem Erfolge begleitet, jedoch muss die antisyphilitische Behandlung frühzeitig in Angriff genommen werden, um den Process in seinem Weiterschreiten aufzuhalten und das bereits gebildete syphilitische Product zur Resorption zu bringen; denn eine antisyphilitische Cur bei schon weit vorgerückter Lebersyphilis kann möglicherweise der Syphilis Einhalt thun, niemals aber wird sie im Stande sein, das total zerstörte Drüsenparenchym wieder functionsfähig zu machen oder andere chronische, secundäre Erkrankungen des Bauchfells, der Niere, der Milz etc. zum Schwinden zu bringen.

Aus vorliegenden Beobachtungen lässt sich der practische Schluss ziehen, dass die Erscheinungen der Lebersyphilis weniger pathognomische, als ätiologische sind; dass man bei Anwesenheit von Leberstörungen, die nicht alsbald ein deutliches Bild einer bestimmten Lebererkrankung darbieten, sorgfältig auf Syphilis forschen muss, und dass die geringsten Anzeichen hiefür schon Veranlassung geben müssen, bei dem Patienten eine specifische Behandlung zu versuchen und dass der Erfolg um so günstiger ist, je früher und energischer eine geeignete Therapie eingeleitet wird.

Am Schlusse meiner Arbeit entledige ich mich gern der angenehmen Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geh.-Hofrath, Professor Dr. Gerhardt, der die Güte hatte, mir das Material zur Verfügung zu stellen, für diese freundliche Unterstützung meiner Arbeit, meinen wärmsten Dank auszusprechen.